第 3 章

興奮・攻撃性への対応

Ⅰ. 興奮・攻撃性の定義

Ⅱ. 興奮・攻撃性への対応に関する基本的な考え方

Ⅲ. 興奮・攻撃性の予防

Ⅳ. 攻撃性・暴力への介入

Ⅴ. 暴力インシデント発生後の対応

第3章

興奮・攻撃性への対応

はじめに

精神科救急医療においては，日常的に興奮・攻撃性を示す者への対応が求められるが，その対応技術は専門的な治療として位置づけられる必要があり，安全かつ効果的，合法的であり，患者・職員双方の尊厳を守るものでなければならない。また，精神科救急医療サービスを提供する組織は，患者・職員双方に対する安全配慮義務を負っており，これらの状態像を示す患者の受入れをあらかじめ想定した物理的・人的環境を整備する責任がある。暴力には精神的暴力，身体的暴力，セクシャルハラスメントなどがあるが[1)]，いずれも被害者，加害者，事故の目撃者へ心身の影響をもたらすだけでなく，提供される医療サービスの質の低下や，組織への信頼感の喪失，職員の離職にもつながる労働安全衛生上の重要な課題である。

本学会の『精神科救急医療ガイドライン』で，興奮・攻撃性への対応は，2003（平成15）年版で総論の一部に鎮静法指針が示され，2009（平成21）年の改訂で心理的介入と行動制限の適正化に関する内容を含んだ各論として独立した。これ以降，わが国の精神科医療においては当事者中心の医療への変革が本格的な潮流となり，行動制限最小化への関心がますます高まってきている。一方で，全国の隔離・身体的拘束施行者数は増加の一途をたどっており，救急・急性期病棟において依然として隔離・身体的拘束が高い頻度で施行されていることが指摘されている。精神科救急・急性期では興奮・攻撃性への対応は最も危機的な局面であり，パターナリスティックな治療モデルから当事者中心の支援モデルへの転換を図っていくことは容易ではない。しかし，興奮・攻撃性の予防ならびに対応技術を高め，強制介入を減じる努力を継続することは，医療ユーザー，職員を含む関係者の基本的人権を尊重し，精神科医療サービスの質向上を図り，内外のスティグマを克服するために不可欠であるといえよう。

今回のガイドライン改訂では，トラウマインフォームドケア，患者との協働を興奮・攻撃性への対応の基本に据え，行動制限最小化の方策について学

会としての推奨を明示した。また，鎮静化目的での乱用が危惧される頓用薬に関する推奨事項，加害患者への対応の知見を追加し，特別な配慮が必要となる児童・思春期，認知症・高齢者への対応に関しても，新たに項目を設けた。

本指針を活用することにより，精神科救急医療の最前線で働く医師，看護師，コメディカルスタッフが興奮・攻撃性への適切な対応スキルを身につけ，多くの精神科救急医療の現場において良質で安全なケアの提供が実現することの一助になれば幸いである。

本ガイドラインを使用するにあたっての留意事項

本指針に盛り込まれている事柄のすべてを，精神科救急医療の担い手全員が実施することには限界がある。

また，本指針は精神科救急医療を担う医療機関や従事者の業務内容，診療内容の責務を規定しようとするものではない。

本指針で示した対応を実効的なものにするためには，従事者の養成研修などの取組みが必要不可欠である。

本指針では，興奮・攻撃性を示す患者への対応について，事故防止の観点から，適切な臨床プロセスを導くようなさまざまな評価・対応の仕方を推奨し，精神科救急医療の担い手のスキルアップを目的としている。しかし，本指針の内容は，必ずしも好ましい結果を保証するというものではなく，臨床における判断は常に個別的であることに注意されたい。

I. 興奮・攻撃性の定義

本指針の対象である興奮・攻撃性は，行動や感情の亢進を伴う非特異的な症状群であり，臨床的に異なった種々の状況下でみられる。暴力（violence）発現の予兆となるこれら症状群について，英語圏では aggression や agitation の用語で代表され，aggression は攻撃性，agitation は言語や動作が亢進した状態と説明されている[2)]。しかし，わが国では agitation の対訳として焦燥や激越を用いるのが一般的で，こうした対訳語は本指針の対象とは異なるため，用語の混乱を避ける目的から，本指針では「興奮」を用いる。

Ⅱ. 興奮・攻撃性への対応に関する基本的な考え方

1．トラウマインフォームドケア

パターナリスティックモデルから患者である当事者中心主義への転換は，もはや医療界全体のスタンダードである[3, 4]。精神科領域では，英国国立医療技術評価機構（NICE）が 2011 年のガイドラインで当事者視点をさらに重視すべきとの警告を発しており[5]，わが国の精神科救急においても早急の課題の 1 つといえるだろう。

トラウマインフォームドケア（Trauma-informed care：TIC）は，トラウマに注目した介入・組織的アプローチである。トラウマは個人の精神保健医療とのかかわりに多大な影響を及ぼすことから，当事者中心の医療の実践にあたり，欧米諸国，とりわけ米国で重視されている。米国保健福祉省は 300 ページ超の詳細な治療ガイドライン[6] を作成したほか，NICE や豪保健福祉省のガイドラインでも言及されている。

強制治療手段を用いることの多い精神科救急医療現場では，治療自体がトラウマ / 再トラウマ体験になる危険性が高く，それは当事者のみならず治療スタッフにとっても同様である。TIC の概念を取り入れることで，当事者と医療者との治療関係や予後の改善の効果が期待される。

TIC とは[6, 7]

- ストレングスモデルに基づいた医療サービスのアプローチ
- トラウマが個人に及ぼし得る影響を理解して取り入れ，スタッフと当事者の双方に身体的・心理的・感情的な安全を確保し，当事者にコントロールとエンパワメントを促す機会を与えるもの
- 医療サービスによる再トラウマ体験を回避するための対策を講じ，サービスの提供，評価には当事者の参加を重視する

※トラウマとは，個人がある出来事または状況により，身体的 / 心理的被害を受けるか脅威にさらされるかし，その結果，身体的 / 社会的 / 感情的 / 精神的健康に支障を来すこと[4]。

TIC では，当事者の病態のアセスメントから治療の組み立て，環境設定，そしてそれらを担当する全スタッフに及び得る影響に至るまで，医療サービスの過程のすべてを，トラウマを意識した観点でとらえ，構築し直す。その

本質は「サービスの中のすべての要素を，“ トラウマを意識したレンズ ” で見直すこと」[6] である。

以下に TIC を実践する具体例をあげる。

① トラウマについての知識を正しくもつ
- 精神疾患を有する人の 51～98% にトラウマがある[8, 9]
- トラウマは扁桃体，海馬の成長阻害など脳発達を障害し，情動反応の調節異常を来す。特に幼少期のトラウマ体験は，成人後にも興奮や攻撃性を呈しやすくなるなどの影響を及ぼす[10]

② トラウマアセスメントを行う
- できれば当事者全員に，ファーストコンタクトのときに，トラウマ歴と関連症状のアセスメントをし，それをもとに治療を組み立てる

③ 全スタッフが口調や服装などに気をつけ，威圧的・挑発的態度を避ける
- 乱暴な物言い，命令や脅しを用いない
- 受付や警備員など，当事者が接するすべてのスタッフに徹底する

④ 組織全体でトラウマに敏感なサービスを提供できるようにする
- 基準やガイドラインの設定，TIC を熟知するスタッフ，ピアサポーターらの雇用，TIC を評価する体制，他機関との連携など

⑤「暴力や衝突には原因がある」と理解し，当事者を責めない
- 「操作的」「アピール」などの表現をしない

⑥ 治療の主役は当事者であることを忘れない

⑦ 疾患，治療についての教育を重視し，セルフマネジメントを促す

⑧ 薬物療法への過度の依存を避ける

⑨ 静かな巡回，スケジュールの周知など当事者の安心のための配慮を怠らない

⑩ 問題があるときには当事者と協力し，話し合って対策を考える

2．精神科医療サービスの質向上と患者との協働

医療サービスの現場で患者が攻撃性や暴力を呈するのは，不適切なコミュニケーションや診療システム，療養環境に関連したものが多数を占めており，精神科領域も例外ではない。従来型のパターナリスティックな治療モデルやインフォームドコンセントに代わる協働意思決定モデルとして，SDM（shared decision making）が推奨されるようになってきているが[11, 12]，その前提として精神疾患をもつ人の特性に十分配慮したコミュニケーションのあり方が重要である[5]。特に，精神科救急・急性期においては重い認知機能

障害をもっていたり，情動の制御が難しい患者を治療の対象とするため，「苦しい状態を長引かせるよりも，隔離・身体的拘束下で薬物を投与するほうが患者・スタッフ双方に安全で良い結果をもたらす」というような誤解が根強くあり，強制的治療が標準となっている施設がいまだに存在する。しかし，パターナリスティックな治療文化は，治療者と患者の対立構造を引き起こしやすく，患者がセルフマネジメント能力を獲得し，リカバリーを実現していく上でも大きな障壁となる。

攻撃性や暴力に関連したインシデントを減らす基盤となるのは，患者の力を信じて常に協働で意思決定を行うという姿勢を維持することにある。そのために医療スタッフは言語的・非言語的コミュニケーション技術を駆使して強制的な介入を極力避け，患者の満足を得るために他の領域で当たり前に行われているサービスの質の改善を図らなければならない。

以下に，実際に興奮・攻撃性を呈している患者への対応の原則を示す。

- 興奮・攻撃性を示す患者への対応においては，患者自身および対応する職員，周囲の者の身体的・情緒的な安全性がすべてに優先する
- 精神障害により興奮・攻撃性を示す患者に対応する目的は，単に身体的な鎮静を図ることではなく，精神科治療の一環として位置づけられなければならない
- 精神障害による興奮・攻撃性は，環境調整と適切な対応により静穏化を図ることが可能であり，暴力事故の発生は基本的に予防できる
- 非経口的な薬物投与による鎮静，徒手的拘束，行動制限（隔離・身体的拘束）実施の判断に際しては，心理的介入，内服投与などの代替方法の検討が優先されるべきである
- 徒手的拘束・身体的拘束は最終手段であり，訓練された職員により，組織において定められた治療的・合法的な方法が用いられなければならない。やむを得ず実施される場合も，その方法，期間は最小限にとどめられなければならず，実施中は頻回な観察と査定を行い，できるだけ早期に解除しなければならない
- 身体的暴力が発生した場合においても被害を最小限にとどめ，再発防止に努めるとともに，事故関係者への心身のケアが適切に行われなければならない

Ⅲ. 興奮・攻撃性の予防

１．環境整備

精神科救急医療サービスを提供する組織においては，以下のような環境整備を実施し，定期的に評価すべきである[12)]。

特に，応援体制，警報システムについては実効性を検証しておくのが望ましく，各施設の暴力事故の傾向を踏まえてシミュレーションを行い，日頃から関係者が緊急事態の発生に備えるように働きかけることが重要である。

一般的な施設環境の整備，職員の対応・体制

- 施設環境は利用者の視点から，安全性，プライバシー，尊厳を常に保つことができるよう整備され，併せて，性別，文化的・社会的背景等にも配慮するべきである
- 十分な個人空間とは別に，１人で静かに過ごすことのできる部屋，レクリエーションルーム，面会室が確保されることが望ましい
- 患者の利用する閉鎖された空間には，最低２箇所の出入口を確保すべきである（隔離室を除く）
- 行動制限下という理由だけで電話の使用が禁止されてはならない
- 個人の所有物を安全に管理できる鍵のかかるロッカーが提供されることが望ましい
- 攻撃性や暴力の発生に影響を与える物理的環境要因（過密な人の数，高湿度，気温の高低，不適切な空調，臭気，騒音，頻繁な人の出入り）の低減に努めるべきである
- バリアフリーの視点から療養環境を整備することが望ましい
- あらゆる場面において，患者を待たせる時間は最小化すること。待たせなくてはならない場合には，ストレスを緩和するための工夫をすべきである（予定待ち時間を知らせる，くつろいで待つことのできる空間の提供，対応する職員の明確化など）
- 職員の接遇トレーニングを徹底し，わかりやすい十分な情報提供，適切なインフォームドコンセントを実践すべきである
- 医療チームを構成する職員を頻繁に入れ替えることは避けるべきである

緊急時の対応手順と応援体制

- 緊急時の対応手順の整備：警報システムの使用，応援要請，警察通報を実施する判断基準を示し，関係者に周知すべきである
- 応援体制：緊急事態の発生を知らせる施設内コードと，コード発令時の応援体制を明確に取り決めるべきである（勤務する職員が少ないときには，警報装置や携帯用発信機と連動させるのが望ましい）

警報システム

- 警報装置：暴力の起こりやすい場所（隔離室，診察室，面接室など）には，職員以外に設置場所がわかりにくく，操作しやすい位置に，音や光で緊急事態を知らせる警報装置を設置することが望ましい
- 携帯用発信機：携帯用発信機は攻撃・暴力にさらされている本人のみならず，発見者が応援を要請するのにも必要である。リスクの高いエリアや患者を担当する場合はもちろん，閉鎖された空間でのケアに単独で従事する職員は所持することが望ましい。確実に応援できるグループ設定，位置情報の補足ができ，通報操作の単純化と誤報の減少を実現したシステムが望ましい

危険物の管理

- 武器になり得る物品の安全な保管方法を決めて遵守しなければならない（キッチン用品や作業療法の備品など）
- 家具や備品は武器になりにくいものを選択すべきである
- 入院・転入時，隔離・身体的拘束の開始時，開放観察終了時，外出・外泊からの帰院時，面会時等，危険物が持ち込まれる可能性の高い場面について，人権の保護と安全性を考慮した，妥当な所持品検査の方法をあらかじめ組織で定めておくのが望ましい

２．攻撃性・暴力の予測

１）攻撃性・暴力の危険因子

患者個人の攻撃性，暴力の危険性を査定するにあたり，検討すべき一般的な危険因子として以下が知られている[13,14]。

人口統計学的要因・個人履歴

- 過去の重大な暴力歴
- アルコール，物質乱用歴
- 患者が怒りや暴力的な感情を抱いていたというケア担当者からの報告
- 過去に他者に危害を加えようとしたことがある
- 頻繁な居住地の移動，あるいは“社会的な不安定さ”
- 武器の使用歴
- 過去に危険な衝動行為があった
- 過去の明白な危険行為に対する否認
- 過去の暴力的行為の深刻さ
- その個人特有の攻撃性・暴力の引き金となる要因
- 暴力を振るうと言って脅したことがある
- 最近の重大なストレス，特に喪失体験や喪失の脅威
- 下記のうち１つ以上に該当：
  - 動物虐待
  - 無謀な運転
  - 夜尿
  - ８歳以前の親との別離

臨床的要因

- アルコール，物質乱用
- 薬剤の影響（脱抑制，アカシジア）
- 統合失調症または躁病の陽性症状，特に下記の存在：
  - 特定の人物に対する妄想や幻覚
  - 命令性の幻聴
  - 暴力的な空想への没頭
  - コントロールの妄想（特に暴力的なテーマ）
  - 激越，興奮，あからさまな敵意や不信感
- 治療に対し非協力的
- 反社会的，爆発的，あるいは衝動的な人格傾向または障害
- 器質性障害

状況的要因

- ソーシャルサポートの貧弱さ
- 武器となり得る物の入手しやすさ
- 攻撃対象との関係性（例えば，関係性が難しくなることが明白）
- 攻撃対象への接近しやすさ
- 限界設定（例えば，職員が活動や選択に条件を設定するなど）
- 職員の態度

2）攻撃性・暴力の徴候

すべての職員が，興奮・攻撃性がエスカレートし，暴力的な行為に及ぶ可能性のあることを示す徴候を知っておき，それらを察知したら速やかに介入を始めることが重要である。一般的な徴候としては下記のようなものがあげられる[13-15]。

外見や会話の変化

- 生理的変化（発汗，呼吸促迫，脈拍増加）
- 表情の変化（緊張，瞳孔の散大，紅潮，青筋，奥歯を噛みしめる，にらみつける，視線が合わない / 凝視する）
- 全身の筋緊張，握りこぶしをつくる，振戦
- 話し方，会話の変化（大声，叫ぶ，構音障害，早口，短い発語，ぶっきらぼう，不作法，名前を呼ばず 2 ～ 3 人称を用いる，急に怒鳴る / 沈黙する）
- 混乱（発言の内容がまとまらない，こちらの話の意味を理解しない）
- 注意集中力の低下
- ささいなことに反応し，すぐにイライラする
- 暴力に関連した妄想や幻覚
- 言葉による怒りの表出，脅し

行動面の変化

- 落ち着きがない
- 急な行動を起こす
- 活発に歩き回る
- 同じことを何度も何度も繰り返す
- つきまとう，追いかける
- 立ちはだかる，にじり寄る
- 態度が乱暴である
- 物を投げるなど物にあたる
- 脅かすような素振り，挑発的な行動

また，患者に固有の注意すべき徴候として，普段のその人らしい言動がみられなくなる，反対にいつもしたことのない言動がみられるかどうかを観察することも重要である[14]。

３）リスクアセスメント

（１）リスクアセスメントの目的

攻撃的行為・暴力の出現を完全に予測することはできないが，包括的なアセスメントと管理計画を実施することでそれらを低減し，安全な治療環境の確保を図るべきである。ただし，ハイリスクと査定された患者に対し，予防的な行動制限（隔離・身体的拘束）や，非経口的な薬物投与による静穏化処置を行うべきではない。

（２）リスクアセスメントの対象

リスクアセスメントは評価者により差異が生じやすいため，患者自身や家族，ケアに携わっている他の職員から直接話を聞き，可能であれば患者，関係者と共に多職種で評価するのが望ましい。

（３）リスクアセスメント実施の時期

リスクスクリーニングは入退院時や転室，転棟などの移動時，疾患のステージが変化し，治療・ケア内容が変更されるときなどに，すべての患者に対してルチーンに行われるのが望ましい。リスクが高いと査定された患者については，暴力的行為が発生することを想定してさらに詳細なアセスメントを行い，治療・ケア計画が作成されるべきである。

（４）リスクアセスメントの方法[12, 14]

リスクアセスメントには，以下のような内容を含むようにする。併せてBVC（Brøset Violence Checklist）やDASA-IV（Dynamic Appraisal of Situational Aggression）などのツールを活用し，客観的な評価を行うことが望ましい。

① リスクの性質と程度の予測

攻撃性・暴力のターゲット，規模，頻度，実際に起こる可能性を特定する。過去に暴力歴がある場合，発生日，突発性，暴力の種類，ターゲット，場所，武器の使用，被害の程度，暴力を止めた方法，結果（逮捕，医療機関 / 施設の変更など）を詳細に検討する

② 精神疾患，環境，他の状況因子との関係

リスクと他の要因との「関係」を評価する。その患者に固有な注意すべき徴候，引き金について特定し，暴力が予測される状況を検討する

③ 攻撃性・暴力のリスクを増加・減少させる因子

リスクを増加させる因子（服薬，嫌なプログラム，部屋の環境など），減少させる因子（家族や友人，特定の気分転換など）を探し，有効な介入方法（かかわりのコツ，頓用薬の使用など）を検討する。患者自身が暴力を振るう引き金や攻撃性が高まってくるサインについて，どう認識し，コントロールしようとしているかを確かめることが重要である

④ 評価者間のギャップの確認

評価結果について職員，関係者，患者の間に情報や評価のギャップがないかを確認し，さらにアセスメントの必要な領域があれば明らかにしておく

⑤ 攻撃対象保護の方法

考え得る最悪の状況を想定し回避策を検討するとともに，回避できなかった場合の攻撃対象の保護方法を具体的に検討する

（5）治療環境のリスクアセスメント

組織の管理者は，実態調査や報告事例より，自施設における暴力事故のリスク分析を行い，加害者，被害者，環境，引き金となり得る危険因子，事故の起こりやすいパターンや状況を検討し，対応策を検討すべきである。

4）情報の共有

リスクアセスメントのために集められた情報と評価の結果は，組織内で統一された記録様式に確実に記載し，医療チーム内のみならず，必要に応じて部門間や地域ケア担当者との間で適切に周知すべきである。特に入退院や病棟の移動，転院など患者が移動する際に，暴力インシデントなどの重大な情報伝達が確実に行われるよう配慮すべきである。また，攻撃性・暴力的行為のリスクの高まっている患者や，トラブルの起こりやすいエリアに関する情報が常に更新され，学生を含めた職員全員に周知されるシステムを整備することが望ましい。

３．職員の研修・トレーニング

組織の管理者は患者に直接かかわる者のみならず，すべての職員に対して，興奮・攻撃性を示す患者の対応に関する基本的な教育研修を行わなければならない。また，行動制限に関する研修会を行うことは，知識や理解を高め，確かな技術を身につけることのほか，組織の意識を高めることや，共通認識を育成して，担当者間のばらつきを最小化することに結びつく。したがって，安全で適正な行動制限の実施，つまり事故防止と最小化のために各医療施設において適宜研修会が行われるべきである。研修会にはいくつかの水準があり，院内レベル，外部の機関が行うもの（学会や看護協会などの団体）のほか，病院間相互訪問（ピアレビュー）などが知られる。

Ⅳ．攻撃性・暴力への介入

１．心理的介入

１）ディエスカレーション [12-16)]

ディエスカレーションとは，心理学的知見をもとに言語的・非言語的なコミュニケーション技法によって怒りや衝動性，攻撃性をやわらげ，患者を普段の穏やかな状態に戻すことをいう。

興奮状態・攻撃性の高まった患者に対しては，ディエスカレーションテクニックが他の介入に先立って用いられるべきであり，他の介入が必要になった際にも，リスクアセスメントと併せてディエスカレーションテクニックの使用が続けられるべきである。

ディエスカレーションを実施する際は，１人の職員が責任をもって状況をコントロールし，常に暴力の発生に備え，ディエスカレーションテクニックが効果的な状況か判断をすることが重要である。この役割は，必ずしも担当職員が適切とは限らず，特に攻撃のターゲットとなっている場合は速やかに交代し，性別，年齢，ポジション，関係性などを考慮し，その状況を解決するのに最適な職員が対応するべきである。

周囲の環境の管理

- 応援の招集を判断し，必要以外の人を移動させる
- 近くにいる他の患者や職員に対して状況を説明し，協力を求める
- 家具などを移動して必要な空間を確保するか，別の安全な場所に移動する
- テレビやラジオは消す
- 武器になる可能性のあるものは取り除く。患者が武器を持っている場合は安全な場所に置いてもらうよう，交渉する

挑発的な態度・振舞いを避ける

- 凝視を避ける。ただし，完全に目をそらさずアイコンタクトは保つ
- 淡々とした表情を保つ
- 高慢，威圧的な印象を与えることを避けるため，姿勢や態度に注意する。特に，腰に手を当てたり，腕組みをしない
- ゆっくりと移動し，急な動作を行わない。身体の動きは最小限にし，身振り手振りが多過ぎることや，そわそわと身体を揺すったり，身体の重心を移動させるのを避ける

相手のパーソナルスペースを尊重し，自分自身が安全なポジションを保つ

- 患者に対応する前に，暴力発生を誘発したり，けがの原因になる，あるいは武器として使用される可能性のある所持品（ネクタイ，スカーフ，装飾品，ペン，ハサミ，バッジなど）を除去する
- いかなる時も相手に背を向けない
- 通常より広いパーソナルスペース(最低でも腕の長さ2本分以上)を保つ
- 対象の真正面に立つのを避け，およそ斜め 45° の立ち位置とする
- 両手は身体の前面に出し，手掌を相手に向けるか，下腹部の前で軽く組むなど，相手に攻撃の意思がないことを示し，万一の攻撃・暴力発生に備える
- 出入口を確認し，自分と対象の双方の退路を保つ位置に立つ。出入口やドアの前に立ちふさがらない
- 壁やコーナーに追い詰められないようにする
- 警告なしに相手に触れたり，接近しない

言語的コミュニケーションスキル

- ラポールを築くように試み，共に問題解決する姿勢を強調する
- 脅すのではなく現実的な条件を提示して交渉する
- 穏やかに，はっきりと，短く，具体的に話す
- 努めて低い声で静かに話す
- 相手が意見を表現できるように助け，注意深く聴く
- 苦情や心配事，欲求不満については理解を示すが，肩入れし過ぎたり，その場限りの約束をしないように注意する
- 批判を避け，感情を話すことを認める。先取りして「あなたの気持ちはよくわかります」などと伝えるのは逆効果である
- 飲み物や食べ物を摂るよう勧める

２）タイムアウト・限界設定

衝動性・攻撃性への対処法の１つで，より制限の緩い行動制限手法として，隔離・身体的拘束の代替法とされる。自室や刺激の少ない，施錠のない空間を用意して，一定の時間（一般的には１時間程度）を設定し，興奮を鎮め，回復や休息，静穏化を促進する。精神科医療施設は，構造的にも技法としてもこの方法の選択肢を有すべきである。医療者が提案し，治療関係における協働作業でこの方法が吟味され，患者の治療参加によって行われることが望ましい。なお，近年は刺激を遮断するのではなく感覚（視覚，聴覚，触覚，味覚，嗅覚や動き）の量や質をコントロールすることで興奮・攻撃性を鎮める，感覚調整室（コンフォートルーム，スヌーズレンルーム）の設置やツールの活用も広まってきている。

３）力の誇示

興奮・攻撃性を呈した患者に対し，ポジションパワーを使う，複数の職員で対応するといった力の誇示を用いることで戦意を喪失させ，言語的介入が行いやすくなる場合がある。ただし，圧倒的多数の職員で取り囲むことは，逆に興奮を高めることもあるため，慎重なアセスメントのもとに行うのが望ましい。また，身体的拘束が必要となった場合には，窒息や患者・職員双方が外傷を負うリスクが高まるため，複数の職員で場当たり的に介入することは避けなければならない。多数の応援職員が安全かつ効果的に機能するためには，具体的なインシデント場面を想定した役割の確認やロールプレイングによるトレーニングを定期的に行うことが望ましい。

4）観察とかかわりのレベル

観察は，攻撃性・暴力的な行動の管理と自殺行為予防の両方を目的として行われる介入であるが，その目的はこれらの行為の予防にとどまらず，患者と職員の治療的な関係の構築を目指すべきである。

観察に関しては，組織において統一した観察レベルとその実施基準を明確化し，適切に周知すべきである。観察レベルの例として英国では，①低レベルの間歇的観察（30 ～ 60 分ごと），②高レベルの間歇的観察（15 ～ 30 分ごと），③継続的な観察（必要であれば他の職員がすぐに応援できる体制で看護師が 1 ： 1 で観察），④複数の職員による継続的な観察（ 2 ～ 3 人の職員が視野内で観察し，少なくとも 1 人は近接した距離での観察）の 4 段階を設定している[12)]。

興奮・攻撃性を示唆する徴候が観察された場合は，適切なより密度の高い観察レベルに変更することが重要であり，十分な静穏が得られたことが確認されるまで観察レベルを維持しなければならない。

2．薬物療法

1）静穏化

環境調整や心理的介入（ディエスカレーションなど）の効果は一時的なこともあり，持続的な効果が求められる場合には薬物療法の併用が選択肢となる。当然ながら，薬物療法に伴うリスクと，期待される効果のバランスを考慮に入れる必要がある。

興奮・攻撃性を示す患者に対する薬物療法は，患者の協力性の違いによってその投与法はおおむね二分される。 1 つは協力が得られる場合で，内服が中心となる。このような薬物投与は，提案と同意に基づいて患者と治療者の協働作業として行われる。したがってこの場合，環境面・心理面での対応と薬物療法はともに静穏化に向けた同じ方向性を有しており，効果は相加・相乗となり得る。

もう 1 つは患者協力が得られない場合で，注射薬による非経口的な薬物投与が中心である。この際，投薬が非同意となることから，その目的が本来静穏化であっても，人的対応の部分で興奮・攻撃性を刺激するプロセスが一定程度不可避となって，心理面と薬物における効果の方向性が一部逆向きとなる可能性がある。このため，投与の必要性については慎重でなければならない。第一選択の対処法として考えるべきではなく，非侵襲的な手段から順に環境調整・心理的介入（ディエスカレーションなど）・内服投与等がまず検討され，それらが実施困難・無効あるいは有害である場合に考慮されるべき

である。

実施においては，患者の精神状態を評価し，抵抗の程度を予測してセッティングには細心の注意を払う必要がある。複数での対応を基本とするべきで，その効果は，何よりもまず安全確保にあり，冷静な対応を可能にするほか，大勢での対応は一般に相手の戦意を減退させ，無茶な行動化を抑止する効果がある。万が一暴れ出したときにも有利であることはいうまでもない。しかし時には大勢で囲むことが威圧的に感じたり，追い詰める結果となって興奮を強めたりすることがあるので，相手の反応をみながら調整するべきである。

薬物の選択については，第４章「薬物療法」を参照されたい。基本的な考え方として，即応性・確実性と安全性・軌道修正可能の並立を目指した薬剤および投与法の選択が原則である。

２）頓用薬

頓用薬は医療者の提案・説明と患者の合意に基づいて「不眠時」や「不安時」または「便秘時」などの場面で用いられることが一般的である。患者の焦燥感や興奮・攻撃性に対する薬物療法として精神科急性期治療でたびたび用いられる「不穏時」の頓用薬も同様に提案・説明と合意に基づいて使用されるべきである。

頓用薬は入院治療の場であらかじめ医師が処方し，その場に応じて看護師が投与することが多い。特に不穏時に用いられる頓用薬は看護師の立場でみると，その場に応じて患者の苦痛を緩和できる，あらかじめ暴力行為を防止できる，もしくは暴力行為が起こった際に医師の指示を待つ必要なく即応でき，安全を確保しやすいなどの利点があげられる[17]。一方，頓用薬の誤用による過鎮静，看護師の頓用薬への依存に伴う看護技術の低下などが欠点となる[17]。急性期病棟における不穏時頓用薬に関する研究では，一部の頓用薬が多剤併用大量処方に結びついているという指摘がなされており，漫然とした投与は慎むべきである[18]。処方にあたっては，総投与量に含めて考慮すること。**表３-１**に頓用薬の利点と欠点をまとめた。

既存のシステマティック・レビューでは有用性や有害性を示唆するに足る質の高い研究は皆無であったと述べられており，臨床現場で汎用されている医療行為であるにもかかわらず，十分な情報は得られていないのが現状であることを医師は知っておくべきである[19]。英国王立精神科医学会では頓用薬適正使用のために推奨される医師の態度を示しており[20]，これを参考に**表３-２**に本学会としての推奨事項を示す。

表3-1　頓用薬の欠点と利点

利　点	欠　点
● 症状緩和を即応できる	● 多剤大量化の惹起
● 指示により医師がいなくとも実施できる	● 過鎮静
● 対処手段としてしばしば有効	● 相互作用の発現
● 予防的投与の意義	● 人的対応の低下や技術向上の阻害
● 投与量の目安に用いることができる	● 依存や常習化
● コミュニケーションの題材としての意義	● 効果判定の困難

表3-2　精神科頓用薬に関する推奨事項

1．頓用薬の投与量は一定とすべきで，任意で決められるような幅のあるものは好ましくない
2．筋肉注射と経口投与は同じ量としてはならない。生体利用率が投与経路によって異なるため同じ量でも効果は同等ではない
3．頓用薬は漫然と投与されるべきではない。医師は処方を見直して定期処方のみとする努力が必要である
4．薬物の奏効が高い予測性で見込まれる病態にのみ使用されるべきである
5．理想的には定期処方されている薬剤と同じものが頓用薬として追加投与されることが望ましい。抗精神病薬を頓用薬として処方する場合，1種類のみにするべきである
6．頓用薬と定期薬を合わせて大量処方となる状態は避けるべきであり，やむなく高用量となる場合は患者の合意と身体状況に十分配慮しなければならない
7．依存形成の観点から，ベンゾジアゼピン系の処方は短期間にとどめること

文献20）を参考に改変

3．身体的介入

1）基本的な考え方

本指針においては，身体的介入は危機離脱技術であるブレイクアウェイと徒手的拘束を指す。身体的介入は不幸にして身体的暴力が発生した際の最終手段として用いるものであり，介入の全過程を通じてアセスメントと心理的介入，環境調整が継続されなければならない。やむを得ず身体的介入を実施する場合においては「妥当な力」の行使が常に考慮されなければならない[12-15]。

身体的介入技術は，患者・職員双方の安全と尊厳が最大限に保障される，実際に有効なものでなければならず，攻撃性・暴力への対応の理念を正しく理解し，十分に訓練された職員のみにより，マニュアルに則って用いられるべきであり，乱用してはならない。また，身体的介入の方法は常に検証され，より苦痛の少ない，安全な方法が検討されなければならない。

2）ブレイクアウェイ（危機離脱技法）

ブレイクアウェイは，護身術や合気道を基礎に，予測が困難な状況で突発的に相手から攻撃されたり，抑えられたりしたときに，可能な限り相手にダメージを与えずに1人で離脱するためのテクニックである。しかし，あくま

でもこれらの技術が必要となる状況をつくらない態勢と，リスクアセスメントが必要である[14)]。

精神病状態にある患者の身体的暴力へ対処する場合，これらの危機離脱の技術を用いたとしても，相手や他の人々に傷害等を負わせて正当防衛として許される範囲はかなり狭いと考えられる[5)]。患者から攻撃・暴力を受ける可能性が高まった際に，安全に介入できる体制・環境が確保できないのであれば，その場から一時退避することが優先されなければならない。

ブレイクアウェイの原理
① Quick（素早い動きで振りほどいて逃げる）
② Technique（解剖を理解し，振りほどきやすい方向に力を加える）
③ Surprise（相手が驚いている間に逃げられるような手法）

３）徒手的拘束

徒手的な身体的拘束はどのようなポジションにおいても危険が伴うものである。徒手的拘束と専用の拘束具を用いた機械的身体的拘束はすべての介入が奏功しなかった場合に用いる最終手段とすべきである。徒手的拘束の実施時間は最短にとどめ，必要な場合は非経口的な薬物投与による鎮静，隔離などが検討されるべきである。

徒手的拘束は複数の職員で実施すべきであり，訓練された職員がチームを組んで手と関節を押さえることにより攻撃者の動きを抑制し，かつ安全に移動する技術であるチームテクニクスという手法が知られている[12-14)]。

チームテクニクスの原則
- 最低３名の職員でチームを編成する。患者の興奮が激しい場合などは必要に応じて５名以上で対応する
- チームメンバーの１名が，身体的介入の全過程において下記について責任をもたなければならない
  - 患者の頭頸部の保護・支持
  - 気道確保，呼吸確保
  - バイタルサインのモニタリング
  - 身体的介入のプロセスの指揮
- 身体的介入の全過程において頸部，胸部，腹部，背部，骨盤を直接圧迫してはならない。腹臥位をとることはできるだけ短時間にとどめるべきである

- 身体的介入の全過程において，可能な限り患者が心身ともに安楽かつ面子（メンツ）が保てるようモニタリングしなければならない
- チームテクニクスによる介入はすべて人的な，必要最小限の力を使用して行われなければならない（患者に痛みを与えることには何ら治療的な価値はない）。痛みを与えることが正当化されるのは，職員，他患者などを緊急に救出する必要性が生じた場合のみである

4．行動制限

1）行動制限の定義

精神科医療における行動制限には，指定医の判断が必要な隔離，身体的拘束，非自発入院，任意入院者の開放制限処遇，医師の指示のもとに行われる通信や面会の制限といった精神保健福祉法およびその基準で定義するもののほか，広義には持込み物品や行動範囲（病棟内，院内，敷地内など）の制限など，患者の自由意思を制限するあらゆる行為が含まれる。本項では主に隔離と身体的拘束の最小化と適正化について述べる。

2）基本的な考え方

精神科医療における隔離・身体的拘束は，不穏や興奮，攻撃性・衝動性が強く，自傷・他害の切迫した状況などに対し，症状への対処，安全な治療環境の確保を目的に行われる治療的介入とされる。しかし同時に心理的副作用を有し，治療関係の構築にとって阻害因子となる可能性をはらみ，患者の人権と尊厳にかかわる極めて重大な課題を内包する。また，隔離の実施では心理反応による精神症状の一時的悪化と，それに伴う種々の行動リスク，身体的拘束の実施では，深部静脈血栓症・肺塞栓症，廃用症候群，褥瘡，絞扼事故の発生リスクなど，種々の有害反応の可能性を伴う。

したがって行動制限の基本的な考え方における決定的な特徴は，まずこれを行わないようにして，別の対処方法を試みること，つまりは一次予防を始点とする点である。あらゆる代替法が無効か，あるいは有害な場合に限り，適切なプロセスによって実施されなければならない。やむを得なく実施された場合には，入念な観察を行って継続的に適切性を保ち常に最小化されなければならない（二次予防）。また，実施された行動制限については，その後の適切な医療の実現に向けた事後検証が望ましい（三次予防）。

３）行動制限最小化の方法

（１）コアストラテジー

行動制限最小化の課題は，古くはピネルの功績にみるように，精神医療にとって永続的なテーマである。あらゆる分野での医療知識や技術の近代化を経て今なお，それを行わないで済む状況には到達していない。

行動制限最小化の議論は近年再活発化し，米国から包括的な方策が提唱されている。コアストラテジーといわれる本方策は，隔離・身体的拘束について，それらが経験的に有効であるとの認識に論理的脆弱性があることを指摘した上で，公衆衛生学に基づいた１～３次といった予防モデルが有用であることを強調し，トラウマインフォームドケア，リカバリーモデルといった考え方を論理的な基礎とした６つの具体的な方略（Six Core Strategies）によって構成されている[21,22]。つまりは，最小化策の実践において，経験則ではなく論拠に基づき，当事者中心の考え方を念頭に行うべきという治療文化の転換を促すものである。

わが国の医療現場で本方策の実践を試みた検証においては，一部の方略が医療環境の相違等から現実的ではなかったものの，部分的な取組みであっても一定の有効性が確認された[23]。本指針では６つの具体的方略について，わが国における実現性[24,25]とともに，精神科領域の救急医療における特性を踏まえた本学会の見解・意見を加えて提示し，以下のとおり推奨する。

① リーダーシップ

隔離・身体的拘束の最小化は，明確なリーダーシップのもと，具体的なプランを立てることから始められるべきである。リーダーは，行動制限を最小化するために基本となる考え方（使命や信条）ととるべき行動（役割と責任の骨子）について明確な方向性を示すこと。施設や組織を代表するリーダーが現場に立ち会うことを取組みの核とすることが望ましい。

② データ利用

隔離・身体的拘束の期間や頻度について，データによる検証を行うことは，現状を把握し，今後とるべき行動の方向性を示すほか，どのような因子が影響するかについても判明し，隔離・身体的拘束使用の最小化や適正な使用のための重要な情報をもたらす。各精神科医療施設は精神保健福祉法に関する通達により行動制限の一覧性台帳を作成しなければならない。これに含まれるデータを活用し，管理力を高めたり，知識を深めたりすることによって，最小化に役立てるべきである。

③ スタッフ力の強化

行動制限の最小化に適した治療環境を整えるために，関与するスタッフはその基本的論理を理解しなければならない。スタッフは，行動制限のハ

イリスク者に対し，基本的な対応技術と，隔離・身体的拘束が行われた場合，その最小化のための治療計画立案の技術を有すること。また，そのための研修や教育の機会が与えられなければならない。

④ 防止ツール[23, 26-29]

行動制限の最小化には，多くのツールを必要とする。アセスメントツール，病歴や履歴を把握するための診療録におけるツールのような一般的な診療ツールのほか，ディエスカレーション，危機状況に対するケアプランと契約，施設環境の工夫，治療技法等も含まれる。

代替方法の検討は，隔離・身体的拘束を実施する上での前提であり，必ず検討されるべきである。代替方法には種々のものが知られており，あらゆる方法を考慮されることが望ましい。そのために実施手順書や基準などに代替方法を例示しておくことが有用である。具体的には，環境調整，ディエスカレーション，タイムアウト，感覚調整室（コンフォートルーム）の活用，薬物による対応，チューブ等の必要性再検討，付き添いや見守りなど人的対応の可能性，病状確認による隔離・身体的拘束の必要性評価，治療方針の再検討などが知られている。治療環境によっては，家族が付き添うといった方法がとられる例もある。隔離・身体的拘束が実施された後も，常に最小化できるよう代替手段は継続的に模索されるべきである。

なお，わが国で行ったコアストラテジーの検証では，看護計画における個別の行動制限最小化方針の立案・策定に一定の評価が得られた。計画において，隔離・身体的拘束によって防止すべき問題点に焦点化するだけでなく，個々のストレングスを評価していくことが有用であったと考えられている[23]。

⑤ 当事者の役割

本項目は，原典となるコアストラテジーにおいて，基本理論にあるリカバリーモデルを反映する重要項目として位置づけられている。当事者の役割を重視する米国では，病院組織の中で当事者がさまざまな役割を担う例があり，原典の中ではその重要性がスタッフに明示されなければならないとされている。わが国の精神医療分野は文化の発展段階にあり，実現までにはさらなる準備を要すことが予測される。一方で，当事者中心の考え方は常に重視されなけばならない。隔離・身体的拘束の最小化においても基本的な理念として位置づけられること。

⑥ 事後検証

実施された隔離・身体的拘束を分析することから知識を得て，その後の実施を最小化するための考え方，手順と実践の普及を目指すことが望ましい。事後検証のさらなる目的は隔離・身体的拘束に関与した当事者・ス

タッフ双方の心理的副作用を和らげることにある。事後直後に行って治療環境を平常に復すためのものと，数日後にあらためて行うものがあり，それぞれの目的に沿って実施されることが望ましい。

（２）行動制限最小化委員会

行動制限最小化委員会の設置と会議の開催は，医療保護入院等の治療管理に関する診療報酬上の要件とされた経緯を経て，精神保健福祉法の施行規則における特定医師に関する施設側の要件として記載されている。これらの要件設定は精神科救急医療を想定しており，精神科救急を実践する各医療機関は，第三者評価機関としての行動制限最小化委員会を設置・開催するべきである。

本委員会の最小化の仕組みは客観的他者評価による適切性や妥当性の検討であるから，コアストラテジーにおける④防止ツールとして最小化の機能をもつ。外部委員（少なくとも病棟外，必要に応じ院外）の参加が望ましい。

４）隔離・身体的拘束の法的根拠と医学的根拠

わが国における行動制限の法的根拠は精神保健福祉法であり，同法は精神病床に対する規定である。隔離・身体的拘束は本法 36 条および 37 条に基づき厚生労働大臣が定める基準や告示によって規定されている。同基準には隔離・身体的拘束を行う状態としての例示があるが，実施に際しては個々の症例の特性に照らして，専門医学的見地から十分にその妥当性が検討されなければならないため，開始時点での精神保健指定医による判断と患者への告知，その後の診療録記載，観察，診察の義務などによって合法性と最低限の適切性を確保している。実施に際して法を遵守しなければならないことはいうまでもない。

一方，一般病床で行われる行動制限（主に身体的拘束であり「抑制」と称される）については，精神保健福祉法のような法的根拠を有さず，専ら医療的根拠によって実施されている。このため，家族などの代諾による説明と同意プロセスを厳密にして正当性を高めるべきである。さらには，最小化の手順を含んだ院内ルールを設けて適正化を図るべきである。

隔離・身体的拘束の科学的根拠や医学的根拠は，主に経験則による。医療の全領域で報告されている重大事故に，病院内の自殺，患者同士の暴力，転倒転落，などがある。これらの医療事故の予防対策の一手段として行動制限が適用され，事故防止に一定の役割を果たしてきたのは確かである。また精神科領域においては，他の患者との関係性を著しく損なう場合や他の患者の治療の妨げになる場合，病的多飲などの場合にも適用されてきた。さらに，身体合併症治療や輸液・栄養管理を行う際に，医療機器やチューブトラブル

の防止を目的に身体的拘束が実施されることがある。この場合はチューブ類が患者の生命に直結しているという認識のもと，行わなければ生命を損なう危険が高いことが事由となっている。いずれも常に臨床的な判断であって，その必要性や妥当性については有害な影響も十分に考慮の上，医療者の倫理性によって継続的に考慮されなければならない。

5）設備（病棟・隔離室構造）

隔離室はナースステーションに近接していることが望ましい。ナースコールの設置は適応となる症状特性や構造から困難とされてきたが，近年では設置するべきとの考え方も多く，できれば設備として検討されることが望ましい。あるいは頻回の観察で対応すること〔Ⅳ節1-4）を参照〕。隔離室の構造は興奮や破壊的行動といった症状に耐用できなければならないが，同時に患者の尊厳を損ねないようなアメニティが確保されるべきである。両者は二律背反の特徴があるが，近年の建築技術はそれを克服しつつあり，構造的な改善への努力が望ましい。精神科急性期の回復過程について多くの研究・観察から，回復を促進援助するために数段階の個室群の活用が有用であるとされている[23)]。急性期治療のためにはこのような疾患プロセスに見合った数種類の個室が整備されるべきである。

また，隔離室には見当識や生活機能を維持するため，採光に配慮し，患者が見やすい位置に時計とカレンダーを設置しなければならない。監視カメラおよび集音マイクを設置している病室を使用するにあたっては，事前に文書および口頭で説明を行うとともに，映像や音声が関係者以外に視聴されることのないよう，プライバシーの保護に十分配慮すること。

6）隔　離

隔離にあたっては，患者に目的を明確に告知し，安全に十分配慮して実施すること。持込みが許容される物品は確実に把握され，管理されなければならない。身に着けた物品を確認するための入室時（部分開放中も含む）のボディチェックでは，攻撃性が高まることが予測されるため，複数の職員で人権やモラル・品行・礼儀などに十分配慮した上，確実に行うこと。安全性に問題のない信仰や文化的に重要な所持品の隔離室への持込みは許可されるべきである。隔離下にある患者の人権，プライバシー，財産が確実に保護されるよう保障すること。

静穏化が得られた場合，隔離は速やかに解除されるべきである。観察下での開放（部分開放）を行うことの意義は，閉鎖的空間での処遇に伴う心理的圧迫や拘禁反応などの緩和，回復程度や適応的行動に関する評価目的，急激

な環境変化を避け段階的な移行を目指す目的などであり，あらゆる事例において積極的に試みられるべきである。隔離における主な有害反応は，心理的副作用である。長期化による拘禁反応のほか，不本意な感情反応が生じやすく，特に入室時に激化しやすい。これらの心理反応や精神症状の一時的悪化に伴う種々の行動リスクについて，その可能性を評価し，主な対策となる最小化以外にも共感的関与や可能な範囲での利便の検討，人権に配慮した対応など，個別の状況に応じた対策を講じるべきである。

７）身体的拘束

身体的拘束に用いる器具は，合併症の発生を最小限に抑えられるような，専用に開発された器具を用いること。四肢・体幹ではマグネットタイプのものが比較的安全である。装着については緊急時でも正しい手順で行えるよう，マニュアルの整備と研修会など学習の機会を設けること。身体的拘束下にある患者が他者からの攻撃や有害な干渉から保護されるよう保障するため，ロビーや通路などアクセス制限のない空間や，多床室での身体的拘束は実施すべきではない。ただし，病棟構造的な事情や搬送・移送での例外は考えられる。その場合，常時視野内以上の観察レベル〔Ⅳ節１-４）を参照〕によって，他者からの保護を確保した上でなければならない。

身体的拘束の実施では，心理的副作用（不本意や不自由に伴う苦痛な感情反応）のほか，深部静脈血栓症・肺塞栓症，廃用症候群，褥瘡，絞扼事故の発生など，種々のリスクを伴う。深部静脈血栓症や褥瘡については，発生する可能性を評価するために，個々に定型のアセスメントを行った上，適合する対策を講じるべきである。その他の考え得る有害反応についても発生可能性を評価し，適合する精神医学的対策を講じるべきである。

８）観察と記録

観察と記録は，精神保健福祉法に基づく基準に明記された法的義務を有す医療行為で，必ずこれを行うこと。観察に関して一般に隔離では１日最低１回の診察，身体的拘束であれば頻回の診察が必要とされている。看護師の観察について法的に明確な回数の設定はないが（隔離では定期的，身体的拘束では常時観察を行うとある），諸外国の基準では常時帯同による観察から，特定の時間ごとの具体的な観察頻度を明示しているものもある。行動制限の開始時に記録されなければならない事項は以下のとおりである。

- どのような症状があり
- どのような目的で

- どのような内容の行動制限を
- 誰が判断し
- 誰が告知（説明）して
- いつ（年月日と時刻）開始（解除）したのか

当然，最終判断者は精神保健指定医である（12 時間を超えない場合は非指定医もあり得る）。

また，以下についても記載が考慮されるべきである。

- 代替方法が検討されたかの経緯
- 告知時の患者の反応
- 家族への報告と説明の経緯
- 同意の有無

行動制限中には，実施している行動制限の継続必要性とその医学的根拠，行動制限によって生じた有害な反応の有無について，経時的に記載されなければならない。専用の観察シートなどを用いて，これら必須の観察記録事項が遅滞や記入漏れなく記録されることが望ましい。

5．対象者の特性に配慮した介入

1）児童・思春期

（1）興奮・攻撃性の高まった状態にある子どもへの対応

興奮・攻撃性の高まった状態にある子どもには，叱る，言い聞かせるといった対応だけでは容易に解消しない場合が多く，時として対応者側に危険が生じる場合もある。そのために以下のような対応を慎重に行う必要がある。

① 距離をとって対応する

即座に近づくことは，お互いが暴力的な対応（押さえつける，抵抗するなど）になりがちである。そのため一定の距離をとって話しかけ，話をしようという姿勢をみせる。

② 話をするきっかけを与える

「やめなさい」「だめだといったでしょう」という禁止語を用いることは，すべての責任はあなたにあると決めつけることになるので，「このままだとよくないよ」「少し落ち着こうよ」と話しかけ，子どもからの言い分を話すきっかけを与える。

③ 刺激を減らす

子どもとの話の中から何が興奮をもたらしたのかを探っていき，それから子どもを遠ざけるようにする。子ども同士であれば相手を遠ざける，集団であれば１人のスペースを確保する。

④ 気持ちを表出させる

感情表出やコミュニケーション能力が未熟な子どもは，自分の気持ちがわかってもらえなかったり，言葉で説明できない場合に暴力を振るってしまう。少しリラックスしたところで単純な言葉で構わないので今の気持ちを話すように促す。

⑤ 評価と振り返り

対応者の指示に従い，興奮を鎮めることができた場合は，たくさん褒めてあげるという正のフィードバックが必要である。また，興奮が冷めてきたら一連の行動を振り返り，何でこんなことになったのか，どうすればよかったのかを一緒に考えていく。

⑥ やむを得ない場合は複数で対応する

すでに興奮・攻撃性がピークに達し，暴力に発展している場合には，複数で対応して加害者の子どもは静かな環境に，それ以外の子どもは安全に避難させて，お互いの被害を最小に抑える。

（２）注意すべきこと

① 力での制圧はできるだけ避けること

児童・思春期は，乳幼児から小・中・高校生に至るまで年齢の幅がある。そのため各年齢に応じた対応が必要であるが，年齢が低く，身体の小さい子どもに対して，大人である医療者はどうしても物理的な力で押さえつけるような対応になりがちである。そのような対応は，その子どもが育った環境と同じことを繰り返している場合が多く，一時的な興奮・攻撃性の阻止にはなるが，再発を防ぐことにはつながらない。

② 子どもは成長発達の過程にある

子どもは医療者である大人とのかかわりの中で，多くのことを学んでおり，そのすべてが成長と発達につながっている。そのため表面的な興奮や攻撃性にだけとらわれず，健康的な面も評価して，健全な青年へと導いていきたい。

２）認知症・高齢者

近年，精神科病院の入院患者のうち認知症性疾患病名での入院患者が増加している。これは精神科病院で最も多いとされる統合失調症に次ぐ数である。その要因は人口動態の変化による高齢人口の急激な増加，平均寿命の伸延化など高齢人口そのものが増えていることによる認知症疾患罹患者の増加が相

関することと，人口の都市集中化，独居老人の増加，地域コミュニティの希薄化など，社会システムそのものの問題も含包している。新オレンジプランでは認知症を地域で支持していくための政策誘導が提言されているが，対応しきれていないというのが実態ではないだろうか。

精神科病院に入院が必要となる要件として「家庭や施設で生活が破綻するなどの激しい周辺症状を呈する患者の周辺症状への治療を速やかに行い，地域に移行することが望ましい」とされる。しかし精神科病院に認知症者が入院後，急激に身体機能，精神機能が低下し地域生活に戻れない症例が後を絶たない。これは認知症者への適切な治療，看護に対する知識，技術が不足していることを表すものである。今後も増加が予測される精神科病院における認知症者に対し適切なケア介入が行えるよう，知識，技術を構築することは急務であると考える。

（1）認知症者の攻撃性・暴力性の発生機序

認知症者の攻撃性・暴力性を理解するために大脳生理を理解する必要がある。認知症性疾患で最も多いアルツハイマー型認知症は，アミロイドβにより大脳皮質が萎縮することにより大脳皮質の障害が顕著に表れる。最もポピュラーなのは海馬（側頭葉）の萎縮による記憶の障害だが，対応困難となる攻撃性，暴力性は前頭葉機能に由来する。前頭葉はヒトが進化する過程で急速に発達した器官であり，ヒトの高等感情を司る。いわば理性のコントロール中枢であり，「我慢する，相手の立場を尊重する，自律する」など本能的反応を抑制する働きがある。この前頭葉機能は社会生活を継続，維持するために重要な機能である。しかし認知症に罹患すると，前頭葉機能は徐々に衰退し，自己の感情を抑制することが困難となる。これが認知症中期以降に顕著となる認知症者の攻撃性，暴力性の発症機序である。

認知症者の大脳整理を理解する上で，前頭葉機能と同様に重要な器官が大脳辺縁系である。大脳辺縁系は五感を通じて入力された刺激が快か不快かを即座に分類し，身体と情動にそれぞれの反応を起こす器官である。不快刺激が入力されると，大脳辺縁系は身体的に防御の反応をとり，情動は「怒り，攻撃，不安，恐れ，興奮」など攻撃性，暴力性につながる反応をとる。反対に快刺激が入力されると，身体的にはリラックスし情動は「安心，うれしい，楽しい，穏やか」という不快刺激とは逆の反応をとるのである。前述のとおり，認知症者は前頭葉機能の低下により大脳辺縁系の反応である不快刺激への反応が抑制できないため，強いいら立ちや興奮，暴力性が出現するのである。

認知症性疾患において前頭葉機能障害は進行とともに顕著になるが，大脳辺縁系機能は障害を受けることは少ないとされる。そのため不快刺激への反

応も，快刺激への反応も健常者と同様に行われているのである。

（２）攻撃性・暴力性への介入技術

これまで精神科病院では，認知症者に過度の行動制限，向精神薬による過度の鎮静などを行うことで治療としてきた経緯がある。しかしこの治療は患者の不快刺激を増強することにつながり，攻撃性，暴力性への治療には逆効果である。認知症周辺症状を短期間で改善し早期退院を達成するための看護技術としては，カンフォータブル・ケア[30]の実践がある。

カンフォータブルとは「心地よいこと，快刺激」という意味である。そしてカンフォータブル・ケアはカンフォータブルな刺激を継続的に提供するための看護技術である。

カンフォータブル・ケアの基本技術
① 常に笑顔で対応する
② 常に敬語を使う
③ 相手を褒める
④ 怒っているときはこちらから謝る態度をみせる
⑤ 不快なことは素早く終わらせる
⑥ 演じる要素をもつ
⑦ 気持ちに余裕をもつ
⑧ 相手に関心を向ける

カンフォータブル・ケアは認知症者にかかわるすべてのスタッフが実践することが重要である。一部のスタッフが不快となる行動をとることでこのケア技術は無効となる。それだけ認知症者は不快刺激への反応と抑制のバランスが不均衡なのである。すべてのスタッフがこの技術を用いると認知症者は快刺激の中で生活を送ることが可能となり，攻撃性，暴力性の出現頻度は低下する。仮に何らかの不快刺激に反応してもカンフォータブル・ケアを実践することで短時間での鎮静が可能となる。大切なことは普段行う援助自体が認知症者にとっては環境の一部であるということを理解し，意図的に快刺激を提供できる体制を構築していくことであると考える。

V. 暴力インシデント発生後の対応

暴力インシデント発生後の介入を行う目的は，暴力の発生による個人，組織への影響を最小化し，再発を防止することにある。介入の対象は事故の被害者だけでなく，加害者，直接または間接的に事故にかかわった者がすべて

含まれる。

1．感染防止

暴力行為を鎮静化する過程において，患者または職員が受傷し，皮膚組織の損傷，血液・体液の付着が生じた場合は，組織の感染症管理指針に則り，対策を講じなければならない。

2．インシデントの報告および情報共有

非経口的な薬物投与による鎮静，身体的介入，行動制限を要したすべてのインシデントは確実に診療録に記載されるとともに，組織内で定められた形式・方法に従い報告されるべきである。攻撃性・暴力を呈した患者の状態に関する情報は，すべての関係者間で適切に共有され，特に患者の入退院や病棟の移動，転院時などの情報伝達が確実に行われるよう配慮すべきである。

3．事故後のサポート

1）被害者の保護・ケア

死者や重傷者が発生したような極めて深刻なインシデントでは直接，間接に関与したほとんどの者に心理的影響が及ぶ。また被害者本人だけでなく，身近な同僚，上司，部下には二次受傷による心理的反応がしばしば出現する。二次受傷とは，被害者と精神的にかかわりをもつ者に生じるトラウマとそれによる心身反応である。一般的に被害者と心理的距離が近かったり，事故の発生に何らかの自責感を抱いていたりすると二次受傷が生じやすい。ただし，暴力の影響は極めて個人差が大きく，インシデントの客観的な規模とは必ずしも一致せず，攻撃行為や言語的暴力のほうが，身体的暴力を受けた場合よりも深刻な精神的ダメージを負わせることもある。また，ストレス反応は事故直後よりも勤務終了後～翌日以降に顕在化することが多く，精神科医療従事者の特性[15]にも留意したサポートが求められる。

原則的には，攻撃や暴力のターゲットとなった者は，直ちに攻撃者の視界に入らない場所に保護し，攻撃者が十分静穏化したことが確認されるまで再接近を禁じるべきである。受傷している場合は速やかに，必要な検査，医師による診察や治療，処置を行うこと。職員については，業務遂行の継続が可能かどうか，複数の職員が受傷した場合などは他部署からの応援が必要か，管理職による判断と調整がなされなければならない。また，事故に直接関与

した職員とそれ以外の者では事故に対する関心や態度の差が生じることは避けられない。このため，事故の被害に遭った職員が，事情をよく知らない同僚から不用意な励ましや助言，事故に関する質問，事故回避の可能性についてのコメントなどを受け，かえって孤立感や無力感を抱いたり，同僚や組織に対する怒り，不信感を深めることのないように配慮することが望ましい。事故により病気休暇を取得する場合，職員が確実に支援されるよう，管理者は休暇中ならびに復職にあたってのモニタリングを行い，積極的かつ慎重に対応することが望ましい。また，職員が暴力の被害者になった場合，その職員が加害者になる可能性も高まるため，インシデント発生直後の加害者への直接ケアには，被害に遭った職員を関与させることは避けなければならない。

２）事故後の心理的ケア

インシデントにかかわった職員・患者，インシデントを目撃した他の患者・面会者などには，インシデントへの関与の度合いによらず，危機介入の必要性を査定すべきである。事故後の心理的ケアは関係者の心理的な問題が遷延するのを防ぐ目的で個人および集団で実施し，そのプロセスにおいて関係者のニーズが査定され，必要なアフターケアが提供されるのが望ましい。

深刻なインシデントが関係者にもたらす心理的影響を放置すると，業務能力の低下，人間関係の悪化，士気の低下，燃え尽きや離職といった形で職場内の問題に発展する可能性があることに十分留意する。

（１）当事者以外に対する心理的ケア

事故の被害者あるいは事故の収束にあたっている職員以外の集団（または個人）に対し，インシデントの発生後は速やかに管理者が全員を集合させ，あるいは全員集合が困難な場合にはグループに分けて，事故の概要と対応状況に関する情報提供と，ストレス反応および対処方法の心理教育を実施することが望ましい。この介入は危機管理ブリーフィング（crisis management briefing）[31, 32] と呼ばれ，事故当事者以外に安全を保障し，不安や動揺を示している者へのサポートを提供することで，不要な混乱，憶測によるうわさの流布，不安の増大を防ぐのに効果的である。特に，重大な事故発生後は医療チーム内の緊張が高まり，事故のみへの関心の集中，情報伝達の混乱などが生じ，チームが機能不全に陥りやすい。事故を公に扱い，情報を共有することで，職員間のコミュニケーションを改善することが事故の再発防止にも重要である。

（２）事故の収束にあたった職員グループへの心理的ケア

事故の収束にかかわった職員などのグループを対象に，管理者またはシフトリーダーなどが，事態収束後ひと段落着いたところで再集合させ，10 ～

20分程度で直ちに実施する。この介入はディモビリゼーション(demobilization)[31, 32]と呼ばれるものであり，事故に関してわかっていることとわかっていないことについて再度情報提供し，互いに情報交換をする。この際，栄養ある食物を提供し労をねぎらうのが効果的である。ディモビリゼーションは，事故の収拾にあたった職員の緊張を緩和し，適応的な心的防衛機制を促進し，通常の業務に戻るのを円滑にすることと，職員個人のその後のストレス反応を予測するのに重要な場となる。

（3）被害者および周囲の者に対する心理的ケア

① インシデント発生直後の対応

インシデント発生直後は，被害者に対して次のことを心掛ける。

- 共感的態度による心理的サポート
- 現実的・実際的な援助（傷の手当，付き添い，休養の保証，勤務交代など）
- 起こり得る心理的反応に関する説明
- セルフケアとしての対処法の説明
- 職場ラインでの相談先の明確化
- さらに援助が必要な場合の相談手段に関する情報提供

深刻なインシデントでは被害者の周囲の者も強い心理的衝撃を受ける（二次受傷）。したがって直接の被害者だけでなく，周囲の者の二次受傷への対応（心理的反応やセルフケア，職場ラインの相談先の説明など）も必要である。

② インシデント収束後の対応

被害者への心理的ケアは以下の3段階に沿って実施する。

ⅰ）セルフケア（本人に心掛けてもらう自己対処法）

- ストレス体験がもたらす心理的反応をよく理解する
- 精神的孤立を避け，家族や友人との絆や交流を普段以上に大事にする
- 信頼できる相手に自分の気持ちを聴いてもらうことで，心を軽くする
- プラスの対処行動を積極的に工夫する（趣味やスポーツ，リラクゼーションによる気分転換など）
- マイナスの対処行動はストレス緩和につながらないので避ける（過度の飲酒，じっと引きこもる，一時のうさ晴らしなど）

ⅱ）職場でのケア

- ストレス体験がもたらす心理的反応をよく理解する
- 同僚同士の配慮と支え合いのある職場環境
- ライン（上司）による配慮と取組み
- 長期的影響のモニターと対策検討

ⅲ）専門的ケア

- ストレス症状が強い個人をモニターし，早めに専門的治療を紹介する

なお，以上の内容については普段から職場内研修等で啓発に努めることが望ましい。

４．インシデントのレビュー

事故から教訓を得ること，職員・患者の支援，職員と患者および関係者との治療的関係性の再構築と促進を目的として職員間でインシデントのレビューを行う。レビューはできるだけ早期に，遅くとも１カ月以内に，事故に直接関係しないリスクマネージャーなど，第三者の協力を得て実施するのが望ましい。事故後の職員の感情的，心理的サポートにおいて管理者の果たす役割は極めて重要であり，事故原因の徹底的な追求と適切な再発防止策の検討を進める役割を同時に担うのは困難な場合が少なくない。このため，職場の管理者以外のリソースの協力を得ることが推奨される。また，攻撃・暴力的行為に関する事故の発生要因は複雑であり，レビューにおいては当事者のみに事故の責任を帰すことのないよう留意すべきである。

重大な事故のレビューを行うにあたっては，感情的な問題を制御し，安全に話し合いが行えるようにするため，下記のような点に留意して事前の準備を行うことが望ましい。

- 関係者への影響の査定と参加者の調整

  管理者の参加は必須である。当事者はもちろん，職員全員にできれば個人的に話を聞き，事実確認と事故に対する受け止め方，ストレス反応の有無を査定し，出席者を調整する。レビューに参加しない・させない職員に対しての配慮を欠かさないように十分留意する

- 場所，日時，所要時間
  安全な話し合いができる場を準備するには，場所・日付だけでなく，できるだけ参加者が中座しなくてよい，その後の業務への影響へも配慮した時間帯を選択する
- 会場設営
  事故の内容によっては座席の配置，参加者の座り位置も調整する
- レビュー開催の告知
  レビューの開催目的を明確化し，前もって参加者への告知を行っておく
- 当日のレビューの運営
  司会，書記，プレゼンターを誰が担うのが安全か検討し，事故当事者に過度の負担がかからないようにする

レビューでは下記の内容が扱われる。

- インシデント発生の経緯・概要
- 攻撃性・暴力の引き金となった要因
- インシデントにおける患者・職員の動き，果たした役割
- 今後の治療・ケアプラン

レビュー終了後も，討議記録の保管，関係者への報告を適切に行い，医療チームとして事故に区切りをつけ，得られた教訓を前向きに生かしていく雰囲気を保てるよう，長期的な支援が必要である。

5．加害者への対応

危機的状況が終息した後，加害者となった患者については日常の活動への復帰に向けてのかかわりと再発防止のための取組みとが必要となる。これには日常の生活に戻るために行うデブリーフィング（debriefing）と，さらに再発予防のための治療的な介入がある。最終的には加害者が起こった出来事から学習し，再発防止へのモチベーションを高め，日常生活に戻った後には再発予防のための取組みが行われる。これには認知行動療法による怒りのセルフマネジメントや危機的状況に対して本人との契約に基づいたケアプランの作成などがある。なお，医療観察法で行われる「内省プログラム」[33] のように重大な他害行為に対しての認識，被害者への共感性を養うためのプログラムも，治療的戦略のモデルとして今後普及していくことが期待される。

いずれの過程でも医療者だけが方針の決定を行うことは望ましくない。当事者（もしくは代弁者）と協働して意思決定をすすめることが重要である。

1）デブリーフィング

ここでいうデブリーフィングは心理学的デブリーフィングとは異なるものであり，「暴力がもたらす不利益に気づき，代替的な行動ができるように学習する」[14] ことが目的である。Six Core Strategies では「隔離・身体的拘束が行われた後，隔離・身体的拘束実施の詳細な分析から知識を得て，その知識を活かして次の実施を回避するための考え方，手順と実践を普及することを基本とする」「隔離・身体的拘束の実施にかかわったすべてのスタッフそして当事者である患者（医療消費者），同様にそこに居合わせた人にも隔離・身体的拘束によって心的外傷となる心理的副作用を和らげること」という２つのゴールを目指してデブリーフィングが行われる [22]。これはもともと「危機的出来事について何が起こったか，また次の結果が予防できるかあるいは起こっても，少しでも良くなるように厳密に分析すること」[34] から発展しており，暴力という危機的出来事を当事者が分析できるよう援助するためのツールとなる。

デブリーフィングは，日常の生活に戻るためには引き金となった問題の解決や出来事によって崩れた人間関係の修復を含む [35]。加害者である当事者は自身の置かれた状況や処遇に対して不公平感をもつ場合もある。このため加害者にかかわる際には加害者が公平であると感じることができ，ポジティブな関係をとれるスタッフであって，責任をもつ立場の者（多くの場合は医師や病棟師長，主任級スタッフ）が行うことが望ましいとされる。患者には以下のことについて話を聞いていく。

- インシデントに先行した事象　（どんな状況だったか）
- インシデントの内容（どんなことが起こったか）
- 内面の言語化の促し
- インシデントの間，加害者自身はどう行動したか
- インシデントの結果，本人や周囲の人はどうなったか
- 関係の再構築に向けた準備（被害者への謝罪，他の患者への説明）
- 関係の再構築とその後のかかわり
- 再発予防のための方法は何か

かかわるスタッフはスタッフ側からはどういうことが観察されていたかについても話しながら，当事者が自身に起こった変化に気がつくように話を進

める。

⑥～⑧はその場だけでなく時間をかけて行う必要があることもある。加害者が他罰的な意識から謝罪したいという気持ちに変化していく過程をサポートしつつ謝罪等を行う。

2）日常の対応

（1）危機的状況に対する契約に基づいたケアプラン

リスクの高い当事者と危機的状況になることについて，その引き金となるような要因や対処法について当事者と共に検討し，契約として当事者，スタッフ双方の署名をした文書を作成しておく。このことで危機的状況に対して当事者の選択を取り入れた管理的でない有効な介入がなされ，危機的状況を回避することができる。

（2）アンガーマネジメント

怒りに対して，認知行動療法としてのアンガーマネジメントが有効であることが確認されている。日常のプログラムとして導入可能ならば検討することも必要である。

引用・参考文献

1) 社団法人日本看護協会：保健医療福祉施設における暴力対策指針―看護者のために．2006
2) lindenmayer JP, Crowner M, Cosgrove V: Emergency treatment of agitation and aggression. Emergency Psychiatry（ed. Allen MH）, Review of Psychiatry vol. 21, American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2002
3) laine C, Davidoff F: Patient-centered medicine : A professional evolution. JAMA 275: 152-6,1996
4) Truog RD: Patients and doctors evolution of a relationship. N Engl J Med 366: 581-5, 2012
5) NICE: Service user experience in adult mental health : improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Clinical guideline 136. NICE, london, 2011 [https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/resources/guidance-service-user-experience-in-adult-mental-health-improving-the-experience-of-care-for-people-using-adult-nhs-mental-health-services-pdf]
6) Substance Abuse and Mental Health Services Administration（SAMHSA）: TIP 57: Trauma-informed care in behavioral health services. 2014
7) Hopper EK, Bassuk El, Olivet J: Shelter from the storm: trauma-informed care in homelessness services settings. The Open Health Services and Policy Journal 3: 80-100, 2010
8) Goodman lA, Dutton MA, Harris M: The relationship between violence dimensions and symptom severity among homeless, mentally ill women. J Trauma Stress 10: 51-70, 1997

9) Mueser KT, Goodman lB, Trumbetta Sl, et al: Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. J Consult Clin Psychol 66: 493-9,1998
10) De Bellis MD, Zisk A: The biological effects of childhood trauma. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 23: 185-222, 2014
11) Department of Health: Equity and excellence: liberating the NHS, 2010 [www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117794.pdf]
12) NICE: Violence and Aggression: Short-term management in mental health, health and community settings Updated edition（NICE guidelines NG10）. 2015 [http://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-60711085]
13) NICE: Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments. Clinical Guideline 25, 2005
14) 包括的暴力防止プログラム認定委員会編：医療職のための包括的暴力防止プログラム．医学書院，東京，2005
15) 鈴木啓子 , 吉浜文洋編著：暴力事故防止ケア．精神看護出版，東京，2005
16) Glick RL, Berlin JS, Fishikind A, et al : Emergency psychiatry: Principles and practice. lippincott williams & wilkins, Philabelphia, 2008, pp 117-47.
17) 藤田純一：精神科における頓用薬使用の実態と今日の課題．e らぽーる，2007 [https://www.e-rapport.jp/team/optimize/optimize01/01.html]
18) Fujita J, Nishida A, Sakata M, et al: Excessive dosing and polypharmacy of antipsychotics caused by pro re nate in agitated patients with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci 67: 345-51, 2013
19) Chakrabarti A, Whicher E, Morrison M, et al: 'As required' medication regimens for seriously mentally ill people in hospital. Cochrane Database Syst Rev 18: CD003441, 2007
20) Bowden MF: Audit: Prescription of 'as required'（p.r.n.）medication in an in-patient setting. Psychiatr Bull 23: 413-6, 1999
21) Huckshorn KA: Six Core Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint Planning Tool©. National Technical Assistance Center, Alexandria, 2005
22) Huckshorn KA: Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention, J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 42: 22-23, 2004（吉浜文洋，杉山直也，野田寿恵訳：精神保健領域における隔離・身体拘束最小化－使用防止のためのコア戦略．精神科看護 37（6）：52-6，（7）：54-7，（8）：49-53，（9）：65-73，2010
23) 杉山直也：行動制限最小化に関する研究の報告．厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業），精神科救急医療における適切な治療法とその有効性等の評価に関する研究（H23- 精神 - 一般 -008）平成 24 年度総括・分担報告書（研究代表者：伊藤弘人）．2014
24) 浅井邦彦，五十嵐良雄，久保田巌，他：精神科医療における行動制限の最小化に関する研究－精神障害者の行動制限と人権確保のあり方．平成 11 年度厚生科学研究受補助金（障害保健福祉総合研究事業）（主任研究者：浅井邦彦）．2000
25) 八田耕太郎，野木　渡，五十嵐良雄，他：精神科医療における隔離・身体拘束に関する研究．精神神経学雑誌，105: 252-73，2003
26) Allen MH, Forster P, Zealberg J, et al: Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis service: A review and model program descriptions. APA task force on psychiatric emergency services. American Psychiatric Association, Atlanta, 2002
27) Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al: The Expert consensus guideline series.

Treatment of behavioral emergencies 2005. J Psychiatr Pract（Suppl）1: 5-108, 2005
28）Zusman J: Restraint and Seclusion: Understanding the JCAHO standards and federal regulations, 3rd ed. Opus communications, 2001
29）Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B: Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: reviw of the literature. Br J Psy Chiatry 191: 298-303, 2007
30）一般財団法人仁明会精神衛生研究所監，大塚恒子編：老年精神医学－高齢患者の特徴を踏まえてケースに臨む．精神看護出版，東京，2013
31）GS エヴァリー，JT ミッチェル著，飛鳥井望監訳，藤井厚子訳：惨事ストレスケア―緊急事態ストレス管理の技法．誠信書房 , 東京，2004
32）JT ミッチェル，GS エヴァリー著，高橋祥友訳：緊急事態ストレス・PTSD 対応マニュアル―危機介入としてのディブリーフィング．金剛出版 , 東京，2002
33）今村 扶美，松本俊彦，藤岡淳子，他：重大な他害行為に及んだ精神障害者に対する「内省プログラム」の開発と効果測定．司法精神医学 5：2-15，2010
34）Scholtes PR, Streibel BJ, Joiner Bl : The team handbook（2nd ed）. Madison, Oriel, 1998
35）山口しげ子：行動制限の最小化に向けた取り組み―包括的暴力防止プログラムにおけるディブリーフィングの実際.
［https://www.e-rapport.jp/team/action/sample/sample12/01.html］